Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 " 40 "	3 "	8 "	12 "
	Kwartalnie	2 " 20 "	1½ "	4 "	6 "

Kraków, 20 maja 1882. **№ 20.** Rok XXI.

I. Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita — wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowopodjętych doświadczeń.

Podał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

W połowie marca b. r. począł się chory uskarżać na bóle w okolicy odbytu nieprawidłowego przy wydzielaniu kału i dla tego postanowiliśmy dnia 20 marca przystąpić do powtórnéj operacyi. Plan ułożyłem sobie następujący: najprzód zamyślałem odszukać końce wyciętéj pętli i zeszyć je, a potém wyciąć kawałek jelita, w którym się znajdował odbyt nieprawidłowy i odcinki także szwem połączyć. Podczas operacyi musiałem jednakowoż od tego planu odstąpić, jak to poniżéj opiszę.

Chorego ułożono w pokoju przygotowanym jak zwykle do laparotomii. Cięcie rozpocząłem nad przetoką ku górze i nad nią téż otworzyłem jamę brzuszną. Potém przedłużywszy cięcie aż do brzegów przetoki okoliłem ją palcem pod ścianami brzusznemi i na palcu wyciąłem brzegi jéj tak, iż jelito stało się ruchomém i dało się na zewnątrz wyciągnąć. Po zawiązaniu przetoki przedłużyłem cięcie ku dołowi w dawniejszéj bliźnie, aby zyskać więcéj miejsca do odszukania dawniéj podwiązanych końców jelita. Mimo mozolnego i troskliwego szukania nie zdołaliśmy ich znaleźć. Postanowiłem więc wyciąć przetokę, zeszyć odcinki i pozostawić szew blizko rany brzusznéj częściowo tylko szwami zamkniętéj, aby każdego czasu, w razie gdyby się okazała niedrożność jelit, jamę brzuszną znowu otworzyć i końce wyciętego przy pierwszéj operacyi jelita odszukać. Sądziłem, że wtedy łatwiéj mi się to uda, bo jelito doprowadzające powinnoby się wzdąć i wypełnić kałem, podczas gdy w chwili operacyi dla znajdującego się w wyższéj części jelita odbytu nieprawidłowego musiało być próżne, jak sobie wyobraziłem. Najprzód więc odłączyłem jelito, przecinając śródjelicie bez poprzedniego założenia szwów ryczałtowych *(ligature en masse)*, każde krwawiące naczynie podwiązywałem z osobna. Następnie założyłem moje elastyczne uciskadła i wyciąłem kawał jelita cienkiego razem z przetoką. Podczas wycinania spostrzegliśmy w śródjeliciu pasek zgrubiały na 2cm. szeroki. Chcąc się przekonać, czy może tam w bliznach nie pozostają zanikłe końce odciętéj przy pierwszéj operacyi pętli, przecięliśmy go. Pasek wspomniany jednak zawierał tylko bliznowatą tkankę, tłuszcz i tętnicę większych rozmiarów. Rozcięcie to śródjelicia zmusiło nas do wycięcia większego kawałka jelita (zobacz uwagi w końcu rozprawy umieszczone), niżby to dla usunięcia odbytu nieprawidłowego pierwotnie było potrzebném. Długość wyciętego kawałka po stronie wypukłéj wynosiła 16cm. a 10cm. po stronie wklęsłéj. Dolny koniec wyciętego jelita znajdował się bardzo blizko zastawki Bauhiniego. Światła odcinków nie różniły się i mogliśmy po ścięciu skrawków błony śluzowéj, wystających ponad resztę ściany jelita, przystąpić zaraz do zeszycia. Do wewnętrznego szwu użyliśmy szwu kuśnierskiego założonego w sposób opisany w méj pierwszéj rozprawie o wycinaniu jelita (l. c.), do zewnętrznego 22 szwów Lemberta z katgutu. Sieć spoiliśmy 3 szwami. Następnie wpuściliśmy jelito do jamy brzusznéj i zeszyliśmy część rany ścian brzusznych; w otwartéj części obrąbionéj otrzewną zostawiliśmy zeszyte odcinki, będąc gotowym każdéj chwili przy pierwszych oznakach bezdrożności jelit do ponownéj operacyi. Opatrunek założono ściśle przeciwgnilny.

Po operacyi nie nastąpiły żadne groźne objawy; ciepłota wynosiła wprawdzie pierwszego dnia tylko 35,9°C., lecz zaraz następnego dnia podniosła się, a po dwóch dniach wróciła do prawidłowego stanu. Przedewszystkiém nie wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego, jak się na pewno obawialiśmy, bo już na drugi dzień po operacyi ustąpiły wymioty, które pierwszego dnia jako skutek chloroformu się pojawiły. W 52 godzin po operacyi nastąpił pierwszy stolec *per anum*. Odtąd przebieg

był zupełnie normalny; rana coraz bardziéj się zmniejszała, aż na kilka dni przed wypuszczeniem chorego z zakładu, co dnia 20 kwietnia b. r. nastąpiło, zupełnie się zagoiła. Zaleciliśmy choremu nosić opaskę brzuszną, któraby zapobiegła przepuklinie brzusznéj w bliźnie.

Wielką było początkowo dla nas zagadką, jakim sposobem w tym przypadku pozostała drożność przewodu pokarmowego, mimo że tylko końce jednego z dwóch wyciętych kawałków jelita szwem połączyć było można. Dopiero po dokładnem zbadaniu wyciętych kawałków rzecz się wyjaśniła. Otóż na kawałku jelita wyciętym przy drugiéj operacyi spostrzegliśmy bliznę tworzącą pierścień przerwany otworem odbytu nieprawidłowego. W miejscu blizny, która po rozcięciu i rozłożeniu jelita przedstawia prawie prostą linię w poprzek biegnącą, ściany jelita są cienkie, przeświecające, a światło jego nieco w tém miejscu zwężone. Nadto ściany jelita, wyciętego przy pierwszéj operacyi, końców dwóch wcale nie posiadają tworząc jakoby koło; pętla ta jest przytém w jednem ramieniu zwężona, błona zaś śluzowa téj części zupełnie gładką. Daléj widzieliśmy po pierwszéj operacyi, że podwiązka na szypułce razem z nią gdzieś w głębi przetoki ginie, a przypomniawszy sobie zgrubiały pasek w śródjeliciu, w którym przy drugiéj operacyi nadaremnie szukaliśmy zagubionych końców, doszliśmy do następnego rozwiązania tych zawiłych stosunków: Szyjka przepukliny po wpadnięciu chłopaka w dół tak zaciśniętą została, że część jéj uległa zgorzeli; zanim atoli zgorzel się oddzieliła, zdołały wewnętrzne zwłaszcza ściany ze sobą się zrosnąć i utworzyć przewód przerwany tylko w dolnéj ścianie otworem późniejszego odbytu nieprawidłowego. Od téj saméj ściany zwieszała się przepuklinowa pętla przyczepiona częściowo tkanką bliznowatą zastępującą ściany zgorzeli uległe. Jelito w przepuklinie zawarte pozostało wprawdzie drożne, lecz połączone tylko wązkim kanałem biegnącym wśród tkanki bliznowatéj z właściwém jelitem zwykle nie było napełniane kałem, który omijając pętlę przepuklinową wprost przez nowo utworzoną komunikacyję daléj się posuwał. W przepuklinę kał wchodził tylko w małéj ilości, a nie mając swobodnego odpływu wywołał przez zastój zapalenie i następnie przetoki. Preparaty przedłożę na przyszłym Zjeździe chirurgów w Berlinie. Przypomina nam to zajścia, jakie niekiedy natrafiamy przy wgłobieniu jelit, jeżeli wgłobiona część zgorzeli ulegnie i odpowiednie ściany się zlepią.

Tyle o naszym przypadku, a teraz jeszcze kilka słów o technice wycinania kawałków jelita w ogóle.

W wspomnianéj już pierwszéj méj pracy o wycinaniu kawałków jelita powiedziałem (l. c. pag. 537): „Najważniejszém przy odłączaniu śródjelicia, na co też Madelung na Zjeździe chirurgów wskazał, jest, żeby starannie unikać odłączenia śródjelicia od jelit. W 12 i 13 doświadczeniu umyślnie obydwa odcinki jelit odłączyłem od śródjelicia, a w obu razach nastąpiła zgorzel naokoło szwu, przedziurawienie i śmierć. Natomiast można nawet bardzo znaczne pętle nieprzeciętych jelit odłączać bez obawy o zgorzel, jak o tém świadczą doświadczenia 14, 15, 16, 17, 18 i 19." W doświadczeniach wspomnianych znajdujemy też bliżéj podane rozmiary odłączonego jelita: wynosiły one 5cm.; doświadczenia były podejmowane na psach. Znacznie późniéj doszła mnie praca Madelunga *in extenso* ogłoszona w *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, w któréj podaje, że we wszystkich przez siebie podjętych doświadczeniach i nieprzecięte jelito oddzielone od śródjelicia uległo zgorzeli w téj rozciągłości, w jakiéj było oddzielone. Doświadczenia te robił na królikach, a tylko w jednym razie oddzielił psu jelito przecięte od śródjelicia.

Niezgodność taka wyników badań Madelunga i moich skłoniła mnie do podjęcia na nowo odpowiednich doświadczeń, a przypuszczając, że różność gatunku zwierząt do doświadczeń użytych wywołała sprzeczne wyniki, co zresztą już i Madelung nadmienia, oddzieliłem także u królików jelito od śródjelicia w 4 przypadkach i otrzymałem zupełnie zgodne wyniki z wynikami Madelunga. Jeden tylko królik niezdechł, któremu jednę tylko tętnicę śródjelitową podwójnie podwiązałem i pomiędzy podwiązkami śródjelicie przeciąłem nie dłużéj niż na 1cm. i w dość dalekiém oddaleniu od jelita. W 18 dni po operacyi zabiliśmy go i znaleźliśmy pętle jelita pomiędzy sobą pozrastane, ale drożne, a w zgrubiałém śródjeliciu dwa jedwabne podwiązania. Chcąc moje pierwsze doświadczenia na psach uzupełnić, podjąłem drugi ich szereg, w którym psom dłuższe kawałki niż 3cm. oddzielałem. I tak oddzieliłem kilku psom 9—15cm. jelita, a oddzielenie śródjelicia przedsięwziąłem tuż przy jelicie. Wszystkie te psy pozdychały. Obdukcyja wykazała we wszystkich przypadkach zgorzel zupełną oddzielonego jelita i zapalenie otrzewny; zawsze atoli widzieć mogliśmy, że zgorzel nie obejmowała nigdy całego ciągu odłączonego jelita: zawsze kawałek brzegu, niekiedy w długości 1,5cm., był wprawdzie zapaleniem zajęty, lecz zresztą nie różnił się wielce od innych części jelit. Przypuszczać zatém należy, że jelito oddzielone miało obustronnie w téj długości odżywienie, co zresztą zgadza się zupełnie z memi przeszłemi doświadczeniami.

Zestawiając ostatecznie wszystkie wyniki mych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że:

1. Różne klasy zwierząt różnie znoszą oddzielenie nieprzeciętego jelita od śródjelicia. Zależy to, jak sądzę, od lepszego lub gorszego unaczynienia ścian samego jelita.

2. Im dłuższą część jelita od śródjelicia się oddziela, tém większe niebezpieczeństwo zgorzeli.

3. Zgorzel łatwiéj następuje, jeżeli zupełnie blizko jelita śródjelicie oddzielono.

Mimo, że doświadczenie uczy, że człowiek należy do stworzeń znoszących nieźle oddzielenie jelita, jak to widzimy np. w przypadku Madelunga samego (*Berl. klin. W.*, 1881, Nr. 6) i w przypadku Mörickego (*Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäk.* tom VII, str. 418), zgadzam się jednak z Madelungiem w zalecaniu wielkiéj ostrożności w odprowadzeniu jelita od swego śródjelicia oddzielonego, a w przypadkach, w którychby okazała się potrzeba oddzielenia jelita na kilkanaście centymetrów, nie wahałbym się wyciąć odpowiedni kawałek i założyć szew, zwłaszcza gdyby oddzielona pętla zmieniła zwykły kolor.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o szwie jelitowym. W powyżéj opisanym przypadku użyłem do pierwszego rzędu szwu kuśnierskiego zaleconego przez siebie już w poprzedniéj swéj pracy, do drugiego rzędu zaś szwu Lemberta. Przy omawianiu szwu jelitowego w wzmiankowanéj już kilkakrotnie pracy powiedziałem o szwie Madelunga (*Knor-*

pelplattennaht), idąc za zdaniem Jaffego, które dosłownie przytoczyłem, „że trudno przypuścić, ażeby szew Czernego coś zyskał przez to powikłanie.“ Bo téż sądząc tylko z opisu wydaje się szew Madelunga bardzo powikłanym. Nie chcąc atoli poprzestać na tym sądzie bez zbadania bliżéj rzeczy saméj podjąłem kilka doświadczeń, które przekonały mnie dostatecznie, że szew Madelunga nie jest wcale tak zawiłym, jak się z opisu wydaje i posiada wszelkie zalety, jakie mu Madelung przypisuje; nie potrzeba zwłaszcza tak wielkiéj liczby szwów zakładać, jak zwykle, bo ściany surowicze obszernie i dokładnie ze sobą łączy.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

I.

Śmierć z zadławienia czy utonięcia.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Na podstawie tego orzeczenia mąż zmarłéj oskarżony został o morderstwo. Wezwani jako znawcy do rozprawy przed trybunałem przysięgłych Drowie C. i D. oświadczyli atoli, że do wydania orzeczenia potrzebują wyjaśnień ze strony obducentów, w skutek czego ostatni jako świadkowie wezwani i pod przysięgą przesłuchani zostali.

Dr. A. podał: Stan zgnilizny zwłok nie postąpił był tak mocno, aby można mówić o wyższym stopniu. Główną uwagę zwróciliśmy na krtań i szyję, a to w obec wzmianki przez sędziego śledczego nam zrobionéj. Po jednéj, czy po obydwu stronach krtani, stanowczo nie wiem, były pewne zewnętrzne ślady, a krtań przy uciśnięciu poddawała się. Po wyjęciu krtani stwierdziliśmy, że ciągłość chrząstki tarczowéj była przerwana, a szczeliny były śluzem pokryte. Chrząstka tarczykowa była przełamaną w dolnéj środkowéj części, tak że powyżéj i poniżéj tego pęknięcia pozostały dwa mostki.

Na szereg pytań, zadanych świadkowi przez obu znawców, odpowiada tenże co następuje:

1) Czy przy wyjmowaniu zwłok zaszła jaka okoliczność mogąca tłumaczyć uszkodzenia na szyi? *Odp.* Stanowczo twierdzę, że żadna.

2) Czy zwłoki były dobrze odżywione? *Odp.* Dobrze.

3) Czy zgnilizna była wysoko posuniętą? *Odp.* Nie, oprócz plam pośmiertnych na grzbiecie i zasinienia powłok brzusznych oraz międzyżeber nie było zresztą innych śladów.

4) Po któréj stronie znajdowało się niebieskawe zabarwienie skóry na szyi, jakie były brzegi tegoż, czy różowo zabarwione zaczerwienienia skóry, o których w protokóle mowa, przedstawiały rzeczywiste cechy odcisków palców? *Odp.* Zdaje mi się, że siniec był więcéj po prawéj stronie, a odciski z lewéj strony, a odciski te z konturów i kształtu odpowiadały odciskom z palców.

5) Czy spojówki oglądano? *Odp.* Nie pamiętam.

6) Czy jamę oczną i ustną oglądano? *Odp.* Nie pamiętam.

7) Co okazały przekroje w miejscu zasinienia skóry na szyi i w 2 miejscach żywo zaczerwienionych? *Odp.* Nie robiono osobnych przekrojów.

8) Czy te miejsca żywo-różowo zabarwione były suche, pergaminowo-przyschłe, lub téż wilgotne? *Odp.* Nie pamiętam dokładnie, zdaje mi się, że wilgotne.

9) Czy w tkance łącznéj podskórnéj szyi, w mięśniach krtaniowych, po za krtanią i pomiędzy połykiem a stosem pacierzowym były wynaczynienia krwi? *Odp.* Nie przypominam sobie, twierdzę jednak stanowczo, że gdyby takowe były, byłbym to podał w protokóle.

10) Czy rysę w chrząstce tarczykowéj spostrzeżono przed, lub po otworzeniu krtani? *Odp.* Zdaje mi się, że przed otworzeniem.

11) Czy rozcięto tylną lub przednią powierzchnię krtani? *Odp.* Tylną.

12) W którém miejscu było przerwanie łączności chrząstki tarczykowéj, czy od wcięcia tarczykowego, lub téż od dolnego brzegu ku górze? *Opd.* Od górnego brzegu ku dołowi.

13) Jak się przedstawiały powierzchnie pęknięcia? *Odp.* Były zżółknięte i śluzem pokryte, a brzegi pęknięcia tworzyły szczelinę.

14) Jak wygląda błona śluzowa krtani, i czém była krtań wypełniona? *Odp.* Nie pamiętam.

15) Co było w tchawicy? *Odp.* Z tchawicy dobywała się woda i w oskrzelach była znaczna ilość wody, która się wylała po przechylaniu zwłok na bok.

16) Czy płyn różowo zabarwiony był pienisty, lub grubo- czy drobnobańkowy? *Odp.* Nie pamiętam.

17) Czy płuca wypełniały szczelnie jamy klatki piersiowéj i czy pokrywały serce? *Odp.* Płuca były duże, wypełniały jamę klatki piersiowéj, lecz czy pokrywały serce, nie pamiętam.

18) Czy płuca przy dotknięciu wydawały się gąbczaste, lub trzeszczące? *Odp.* Nie pamiętam.

19) Jak wyglądały powierzchnie przekrojów, czy przy ucisku wydzielało się coś z nich? *Odp.* Nie pamiętam, twierdzę jednak, że przy ucisku pienista ciecz się nie wydzielała.

20) Co zawierały zwłoki na podstawie czaszki, żyły główne szyjne i naczynia żylne do prawéj komórki serca prowadzące i czy krew była płynna i jak zabarwiona? *Odp.* Nie pamiętam.

21) Co zawierały jelita, jak wyglądała błona śluzowa? Co zawierał w sobie żołądek? *Odp.* Nie pamiętam.

22) Czy na opłucnéj i osierdziu itd. były wynaczynionki? *Odp.* Nie pamiętam.

23) Co rozumieć należy przez słowa „opona twarda mózgu nieco stężała.“ *Odp.* „zgrubiała.“

Chir. B. podał co następuje: Trupa wyjęto z trumny ostrożnie bez jakiegokolwiek uszkodzenia, koszula na trupie była zapiętą wielką spinką mosiężną. Zmarła była wyschniętą i wychudłą. Wynaczynień w spojówkach gałkowych nie było. W jamie ust nie było żadnego obcego ciała. Język był w jamie ust, zęby nie były ściśnięte. Brzuch był zielonkowaty, lecz nie wzdęty, zgnilizna nie posunięta daleko. Zasinienie skóry na szyi znajdowało się odpowiednio do chrząstki tarczykowéj z prawéj strony, kształt dwu miejsc po obydwu stronach sińca na szyi położonych a żywo zaczerwienionych był podługowaty, śladów od nacisków paznogciami nie było, zdarć naskórka także nie było a miejsca te były suchawe, a nie wilgotne. Cięcie zrobiłem od podbródka aż do spójni kości łonowych. Podbiegnięć krwi pod skórą szyi, w mięśniach krtaniowych nie było, przypominam sobie tylko, że skóra w miejscach sińca i zaczerwienienia była nieco ciemniejsza. Żywo zaczerwienione miejsca na szyi miały kształt nieregularny, po przecięciu tkanka łączna wyglądała ciemniéj. Przeciąłem tylną powierzchnię krtani i zobaczyłem, że pę-

knięcie chrząstki tarczykowéj szło od dołu ku górze, powierzchnie pęknięcia były żółtawe i ćme, powierzchnia zaś przecięć innych, dla porównania zrobione, były białe, błyszczące. Czy krtań była skostniała, nie wiem. Jak wyglądała błona śluzowa, nie pamiętam. Kość językowa nie była uszkodzona. Ciecz, która po usunięciu krtani przy przechyleniu zwłok na bok się wylała, była różowo zabarwiona i pienista, i to drobno pienista. Płuca wypełniały zupełnie jamę klatki piersiowéj, były rozszerzone i mocno rozdęte, przy nacięciach wydawały szelest trzeszczący i płyn różowy, brudny, pienisty; przykrywały częściowo serce i zawierały małą ilość krwi. Nie pamiętam, czy żyły szyjne główne były przepełnione krwią i czy krew była płynną i ciemną. Wątroba była ciemno-czerwona na przekroju, a śledziona na przekroju ciemno-wiśniowa. Żołądek nie zawierał prócz płynu bezbarwnego żadnéj innéj treści, wynaczynionek na błonie śluzowéj nie było. Po zdjęciu opony miękkiéj mózgowéj była krew skrzepła między zwojami mózgowemi. Zatoki u podstawy czaszki były pełne, nie pamiętam jaka w nich była krew. Powierzchnie pęknięcia chrząstki tarczykowéj były żółtawo zabarwione. Zwłoki mogły ważyć około 40 klgm.

Po wysłuchaniu obducentów jako świadków lekarze sądowi Drowie C. i D. wykluczyli śmierć z zadławienia, dodając co następuje: Gdy nie ma żadnego dodatniego dowodu, przemawiającego za zadławieniem, zastanowić się musimy nad tém, czy obdukcyja nie dostarczyła dowodu do przypuszczenia śmierci z utopienia. W tym względzie mamy bardzo ważne dane:

1) wylanie się z tchawicy 100 gramów różowo zabarwionéj drobno pienistéj cieczy, a więc z krwią i powietrzem zmięszanéj

2) płuca wypełniające szczelnie obie jamy klatki piersiowéj, tak że po części pokrywały serce, rozszerzenie i mocne ich wzdęcie z trzeszczeniem na przekroju i wydzielaniem płynu różowego, brudnego, pienistego. Wszystkie te dane przemawiają stanowczo za tém, że płyn wody już za życia denatki dostał się do dróg oddechowych i wywołał uduszenie; przemawia za tém także ilość 60grm. płynu znalezionego w żołądku. Orzekamy więc stanowczo, że śmierć nastąpiła przez utopienie. Czy takowe było dobrowolném lub gwałtownèm, stanowczo powiedzieć nie można.

Z powodu tego orzeczenia Prokuratoryja rządowa zażądała przerwania rozprawy i przesłania aktów Wydziałowi Lek. w Krakowie, na co Sąd się zgodził.

Orzeczenie Wydziału było treści następującéj:

1) Oględziny zwłok N. N. uskutecznione w d. 11 listopada 188* są niedostatecznemi w podwójnym kierunku; albowiem

a) podczas gdy świadkowie jednocześnie podają, że N. N. była garbatą i od dłuższego czasu schorzałą, protokół sekcyjny nietylko nic o téj ułomności nie wspomina, ale nadto podaje, że ciało było dobrze odżywione i że prócz rozedmy płucowéj (i to nie opisanéj) nie przedstawiało żadnych zmian chorobowych. Z tego powodu brak wszelkiéj podstawy do ocenienia schorzałości denatki, a tém samém do rozstrzygnięcia pytania, czy N. N. była w stanie o własnych siłach udać się do studni, o 63 kroki od chałupy odległéj.

b) PP. obducenci znaleźli na szyi jakąś plamę, którą nazywają sińcem, pomimo, że w protokole nie ma wzmianki o nacinaniu téj plamy, a śród rozprawy przyznali wyraźnie, że plama nie była naciętą; następnie znaleźli pęknięcie chrząstki tarczykowéj w miejscu połączenia się ze sobą płyt obydwóch chrząstki, ale opis znów jest niedokładny i odmienny w protokóle i śród rozprawy.

2) W obec braku opisu odpowiedniego nie ma podstawy do przypuszczania, jakoby owa plama na szyi była sińcem a szczelina pomiędzy płytami chrząstki tarczykowéj pozostawała z nią w związku przyczynowym; wcale zaś nie ma podstawy do twierdzenia, jakoby owa plama i szczelina chrząstkowa powstały skutkiem dławienia. Przeciwnie według wszelkiego podobieństwa do prawdy owa plama była zwykłą plamą trupią, która tém łatwiéj powstać mogła, o ile w obec położenia, w którém denatkę w wodzie znaleziono, znajdowała się na miejscu względnie najniższém; szczelina zaś w chrząstce tarczykowéj, któréj nie towarzyszyło podbiegnięcie krwi, powstała albo śród wydobycia zwłok ze studni, albo prawdopodobniéj podczas sekcyi, a mianowicie pęknięcie podobnie następuje, gdy po przecięciu tylnéj ściany krtani roztwiera się krtań, celem obejrzenia jéj wnętrza.

3) Jeżeli na opisie powierzchownym polegać można, to w obec faktu, że śmierć była nagłą i że sekcyja nie wykazała zmian śmierć w inny sposób tłumaczyć mogących, przypuścić należy, że N. N. umarła z uduszenia.

4) Ponieważ przypuszczenie obducentów, jakoby N. N. umarła z zadławienia, niczém nie jest uzasadnionèm, przychylić się raczéj należy do zdania drugich znawców, że uduszenie N. N. nastąpiło skutkiem dostania się jéj do wody.

5) Przeciw temu rodzajowi śmierci w danym przypadku nic nie przemawia; za nim przemawia obecność większéj ilości płynu w drogach oddechowych i pokarmowych. Jakkolwiek nie podobna wykluczyć możności, że płyn ten dostał się dopiero po śmierci do tchawicy i dróg oddechowych, zwłaszcza śród wydobywania zwłok ze studni, to przecież prawdopodobniejszém jest dostanie się onego za życia, już to ze względu na większą jego ilość, już téż to z powodu, że w danym przypadku obecność jego licuje z drugim objawem, spostrzeganym przy sekcyi, t. j. z częściowém przynajmniéj krzepnieniem krwi. Jak bowiem śród tonięcia płyn dostaje się do dróg oddechowych dopiero pod sam koniec życia, i to w miarę im dłużéj trwają oddechy końcowe, tak i krew przestaje być płynną, jeżeli śmierć skutkiem duszenia nie następuje bardzo prędko.

6) Z tego powodu przypuścić należy, że N. N. według wszelkiego prawdopodobieństwa umarła skutkiem uduszenia się we wodzie. Czy jednak umarła z utonięcia (przypadkowego, dobrowolnego), lub téż z utopienia, o tém dla braku podstaw orzekać nie podobna. Brak śladów walki i obrony, oraz pozostawienie odzieży na cembrzynie, przemawiać się zdaje za samobójstwem; jednakowoż i śmierci gwałtownéj przez utopienie żadną miarą wykluczyć nie można jeżeli prawdą jest, że denatka poprzednio mocno była schorzałą.

W skutek tego orzeczenia Prokuratoryja odstąpiła od oskarżenia przeciw mężowi zmarłéj.

„*Quemcunque livorem pro sugillatione, pro signo illatae violentiae declarant,*“ —sto lat upływa właśnie, odkąd Ploucquet zarzut ten uczynił swoim kolegom, a pokazuje się, że po dziś dzień zarzut ten jest usprawiedliwiony. Jeżeli pomimo nacinania plam podejrzanych lekarz czasem nie może rozróżnić sińca od plamy trupiéj, to już wcale nie ma prawa oświadczyć się za sińcem, jeżeli plamy nie naciął. Za-

sadą atoli jest, aby wszystkie plamy na trupie spostrzeżone nacinano i aby o każdém nacinaniu była wzmianka w protokóle; niestósowanie się do téj zasady zdolném jest spaczyć całe dochodzenie sądowe a nie pomoże wtedy i przesłuchanie obducentów śród rozprawy, bo trudno spodziewać się, aby obducenci w kilka miesięcy po sekcyi pamiętali, które miejsca nacięli a których nie, i co po nacięciu znaleźli. Nie każda też plama na szyi, chociażby się okazała krwią podbiegłą, świadczy o dławieniu; można je przypuścić wtedy tylko, jeżeli z obydwóch stron szyi znachodzą się sińce charakterystyczne, a mianowicie po jednéj stronie siniec lub otarcie odpowiadające paluchowi, a po drugiéj jeżeli już nie 4 to przynajmniéj 2 lub 3 sińce, odpowiadające brzuścom palca wskazującego, środkowego i pierścieniowego. Częstokroć spotykamy się też po dławieniu z wynaczynionkami w warstwach głębszych, a nawet z pęknięciem chrząstek krtaniowych. W przypadku powyższym miano wprawdzie znaleść uszkodzenie chrząstki tarczykowéj, ale już to dla opisu niedokładnego i chwiejnego, już też to dla braku wynaczynionek, trudno było oświadczyć się za powstaniem tego uszkodzenia za życia, pomimo że złamania chrząstek krtaniowych w istocie zdarzają się najczęściéj za życia; jakkolwiek jednak o wiele trudniéj wywołać urazowe złamanie ich po śmierci człowieka, to przecież śród sekcyi pęknięcie podobne, jak je obducenci opisali, zdarza się często i łatwo, jeżeli się krtań otwiera z tyłu. Tym sposobem nie było podstawy, aby przypuścić dławienie, a tém mniéj zadławienie. Wprawdzie w obec zeznania córek zmarłéj, jako ostatnia była tak schorzałą, że bez cudzéj pomocy z izby nie wychodziła, zachodzi wątpliwość, czy ona była w stanie dojść sama do studni o 63 kroki odległéj, ale sekcyja nie wykazała żadnego charłactwa, co większa nie było wzmianki o tém, że zmarła była garbatą, a nawet obducenci sprzecznie opisali jéj odżywienie.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Leyden: O suchotach cukrzycowych.

Suchoty u diabetyków objawiają się często pośród tak niedostrzegalnych objawów, że łatwo mogą ujść uwagi lekarza. Chorzy nie kaszlą, lub też bardzo mało, gorączka nieznaczna daje się łatwo wytłumaczyć innemi przyczynami, niekiedy nawet jéj brak. Tymczasem przebieg jest niekiedy nader raptowny. Poszukiwania Leydena w kierunku anatomicznym dotyczą 7 przypadków. Na podstawie tych przypadków zwraca L. uwagę: 1) na brak gruzełków prosówkowych, w ogóle na brak ogólniejszych znamion gruźlicy; 2) na rzadkie występowanie komórek olbrzymich, z czego należałoby wnosić, że suchoty diabetyków są procesem więcéj miejscowym (naturalnie, jeżeli komórki olbrzymie mają jakieś szczególniejsze w gruźlicy znaczenie); 3) na znaczną i rozległą *arteriitis*, zajmującą stosunkowo grube pnie tętnicze a dochodzącą aż do najdrobniejszych gałązek.

Usposobienie diabetyków do zmian chorobowych w drobnych tętnicach należy tłumaczyć: zmniejszoną ilością krwi, zagęszczeniem krwi, zmniejszeniem siły popędowéj (*Treibkraft*) serca, ogólném osłabieniem systemu mięśniowego.

Powstawanie suchot płucnych u diabetyków nie da się, a przynajmniéj z wielką trudnością, pogodzić z zapatrywaniem rozpowszechnioném przez powagi takie, jak Cohnheim, Rindfleisch etc. o przyczynach zakaźnych w gruźlicy. Działanie takiego *Virus tuberculosum* dałoby się w tym razie tylko wtedy pojąć, gdybyśmy przypuścili, że przyrzut ten jest tak rozpowszechnionym, że każdy słabszy organizm, niemający dość siły odpornéj, musi mu uledz. Jednakowoż przypuszczenie takie nie ma żadnéj podstawy, a codzienne doświadczenia wprost mu się sprzeciwiają.

Co do przyczyn usposabiających do suchot płucnych, to Leyden przytacza następujące:

Ubytek znaczny wody w składzie krwi. Do tego przyłącza się utrata znaczna istot tkankotwórczych. Takie zboczenia w ustroju sprowadzają prócz moczówki cukrowéj także długotrwałe ropienia, zbyt długotrwające karmienie, choroby połączone ze znaczną utratą wody i soków odżywczych z ustroju, jak np. cholera. Tymczasem procesy hydremiczne, jak np. w *Anaemia perniciosa*, mimo że są przyczyną znacznéj utraty istot tkankotwórczych, to przecież nie usposabiają do suchot, bo krew i tkaniny mają poddostatkiem wody. — Inne spostrzeżenia znów pouczają, że stosunki ułatwiające dopływ krwi (*Blutflüssigkeit*)[1]) do płuc, przeszkadzają powstaniu gruźlicy, i naodwrót stosunki utrudniające ten dopływ usposabiają lub przynajmniéj wzmagają usposobienie do suchot. Tak np. między innemi tętniaki aorty są częstokroć powodem do powstania suchot. Zwrócili na to pierwsi uwagę Francuzi, a Leyden się zgadza zupełnie z tém zapatrywaniem.

„Jaka jest przyczyna tak trudnego wyleczenia jam gruźliczych? Czy spoczywa w zmianach chorobowych płuc, a szczególniéj naczyń płucnych lub może należy jej szukać w ogólnych stosunkach ustrojowych, lub też może przypisać ją należy działaniu jakiegoś swoistego przyrzutu? Nie sądzę, aby można już teraz pytanie to rozstrzygnąć, i żeby koniecznie wnioskować o istnieniu jakiegoś swoistego przyrzutu..... Jeżeli jednak nawet zgodzimy się na istnienie takiéj istoty zakaźnéj, to zdaniem mojém jest niezbitém przypuszczenie, że przyrzut ten u człowieka nader rzadko dostaje się do organizmu z zewnątrz, lecz zwyle rozwija się w samym ustroju z serowatych produktów, ze zmienionych złogów zapalnych, i że przemiana ta wsteczna jest znów następstwem pewnych nieprawidłowości ustrojowych, z których część wymieniliśmy powyżéj. Jeżeli nawet przypuścimy działanie tego przyrzutu w pierwszych okresach suchot płucnych, to musimy sobie chyba wyobrazić, że zostaje on długi czas zlokalizowanym skutkiem procesu reakcyjnego w tkankach go otaczających i dopiero skutkiem jakichś szczególniéj przypadkowych i sprzyjających mu warunków, lub też po długotrwającym i postępującym rozwoju procesu miejscowego ogarnia cały organizm.“

„Co do mnie, to nie mogę się pochwalić dobremi wynikami leczenia dezinfekcyjnego, mimo wielu ostrożnych doświadczeń i prób w tym względzie. Mogę tylko ostrzedz przed nieostrożném stósowaniem tego leczenia, bo drażniące środki, do inhalacyj używane, mogą tylko jeszcze zwiększyć stan zapalny oskrzeli i płuc samych. Leczenie, które najwięcéj uznania znalazło, polega na oddaleniu szkodliwych czynników mogących płuca zadrażnić, i na wzmocnieniu

[1]) Trudno oddać czasem myśl zawartą w słowie złożoném języka niemieckiego. Z tego powodu, nie chcąc, aby przypadkiem kto źle zrozumiał myśl autora, podaję w nawiasach wyraz niemiecki w oryginale użyty. Poniżéj podaję tłumaczenie, o ile można dosłowne, ustępu, który ze względu na trzeźwość zapatrywania i loikę we wnioskowaniu zdawał mi się być nader ważnym i zajmującym. (*Dop. Sprawozdawcy*).

ogólnem ustroju. W tym względzie działają zgodnie wszystkie metody leczenia tak w sanatoryjach jak i miejscach kąpielowych i klimatycznych, a zdaje mi się, że nie należy się zapuszczać w dysputę, która z tych metod na pierwszeństwo zasługuje, lub też drugą przewyższa. Należy tutaj stósować się zawsze do usposobienia indywidualnego." (*Zeitschrft für kl. Med. Bd. IV*). *Dr. Kopff.*

Dr. Zesas: **O białkomoczu występującym po pędzelkowaniu skóry nastojem jodowym.**

Jules Simon zwrócił pierwszy uwagę na białkomocz chwilowo pojawiający się u dzieci po pędzelkowaniu skóry nastojem jodowym, stwierdziwszy go cztery razy w 11 przypadkach. Aleksander Badin potwierdził spostrzeżenie Simona u kilku dzieci, nie znalazł jednak ani razu białka w moczu u 20 dorosłych, którym dość obszerne miejsca skóry pędzelkował nastojem jodowym. Z. przytacza przypadek białkomoczu u 41-letniego mężczyzny, któremu z powodu zapalenia stawu kolanowego polecił kolano nastojem jodowym, pędzelkować. Po czterokrotnem zapędzelkowaniu czuł się chory w nocy bardzo słabym, miał wielkie pragnienie i obudził się z bólem głowy. Rano nie stwierdził Z. gorączki, znalazł jednak w moczu dość sporą ilość białka. Wstrzymano pędzelkowanie jodowe, i już po 3 dniach nie było w moczu ani śladu białka; gdy po kilku dniach pędzelkowanie na nowo rozpoczęto, powrócił białkomocz po 3 dniach, lecz tylko na czas krótki, bo z obawy przed cierpieniem nerek kolana więcéj nastojem jodowym nie pędzelkowano.

Podobny przypadek ogłosił w *Charité Annalen* z r. 1881 Dr. Jacubasch: U 25-letniéj panny, któréj z powodu guza dolnéj części brzucha pędzelkowano nastojem jodowym skórę na prawéj dolnéj stronie brzucha na przestrzeni około 700 kw. cm., mocz przybrał po 2 dniach zabarwienie czerwonawe, był mętnym i zawierał liczne ciałka krwi czerwone jakotéż przybłonki z kanalików moczowych. Pod wieczór tegoż dnia wystąpiły objawy lekkiéj gorączki a już nazajutrz dała się w moczu wykazać dosyć spora ilość białka, które zniknęło po zaprzestaniu pędzelkowania. Zjawisko to tłumaczy Badin w ten sposób, że u dzieci z powodu łatwiejszego chłonienia skórnego wolny jod dostaje się do krwi i białkomocz wywołuje, u dorosłych zaś z powodu powolnego chłonienia jod przechodzi w jodek sodowy i jako taki dostaje się do krwi. Z. zaś, stwierdziwszy białkomocz w rzadkich przypadkach i u dorosłych, tłumaczy go sobie indywidualną delikatnością i cieńkością przyskórka, w skutek czego jod wolny łatwiéj i prędzéj bywa wessanym do krwi, a przechodząc przez nerki sprawia zadrażnienie tychże i białkomocz. (*Wien. mediz. Woch.* Nr. 18. 1882). *Dr. Wasylewski.*

Schoeler i Uhthoff: **Znaczenie fluorescencyi dla wymiany cieczy w oku. Studyjum doświadczalne.**

Po treściwéj wzmiance o wynikach dotychczasowych prac doświadczalnych nad wymianą cieczy w oku (Memorski, Bence-Jones, Adamiuk. Schwalbe, Leber, Knies, Weiss, Deutschmann i Ulrich) autorowie zarzucają im przedewszystkiém, że badanie odbywać się musiało na oczach martwych i podnoszą ważność metody, za pomocą któréj spostrzeżenia takie uskuteczniaćby można bezpośrednio w oku żywém. Taki sposób badania odkrył i opisał Ehrlich (p. Nr. 19 Przegl. Lek.) posługując się do doświadczeń fluoresceiną, która występując z krwi silnie zabarwia tkaniny a wstrzyknięta pod skórę przechodzi z krwi w sposób wprost widzialny do cieczy wodnéj. Na podstawie własnych doświadczeń z fluoresceiną autorowie zgadzają się z Ehrlichem, że ciecz wodna odradza się w tylnéj komórce, natomiast nie zgadzają się z nim w tém, jakoby na obwodzie tęczówki znajdować się miały dwa ogniska wydzielnicze a utrzymują na podstawie licznych doświadczeń, spostrzeganych tak przy swietle dzienném jako téż i sztucznem, przy źrenicy szérokiéj i wązkiéj, że wszelkie zabarwienie zielone, ukazujące się w komórce przodkowéj bierze swój początek z po za brzegu źrenicznego. Zrazu wysuwa się z po za tęczówki punkt, późniéj smuga w obrąb źrenicy, tworząc smugę Ehrlichowską. Z początku ciecz wodna zupełnie jest wolną od wszelkiego zabarwienia, dopiero późniéj, gdy smuga zielona zabarwi się mocniéj, zabarwienie przechodzi czasem nieco i na tęczówkę. Jakkolwiek smuga Ehrlichowska zawdzięcza, zdaniem autorów, niewątpliwie powstanie swoje ruchowi cieczy w komórce przodkowéj, widzą się oni przecież zniewoleni dodać, że zmiany jéj postaci tłumaczą się tylko zmiennym kierunkiem i siłą prądu cieczy zabarwiającéj, wydobywającéj się z po za tęczówki. Linija Ehrlichowska nie tylko nie odpowiada prądowi cieczy, który według Ulricha przechodzić ma z ciałka szklanego przez kanał Petita albo obwódkę Zinna i na wskróś przez tęczówkę, lecz owszem wyklucza go na pewno u zwierzęcia żywego w obec braku zabarwienia przodkowéj powierzchni tęczówki i bezbarwnéj cieczy wodnéj. Gdyby bowiem na przodkowéj powierzchni tęczówki znajdowały się ogniska wydzielnicze, albo nawet tylko drogi ciecz przepuszczające, objawiaćby się to musiało odpowiedniém zabarwieniem zielonem. W warunkach więc prawidłowych swobodny przepływ cieczy z komórki tylnéj do przodkowéj nie jest wcale przerwany, lecz owszem ciecze wydobywają się właśnie z po za tęczówki. Celem zbadania wymiany cieczy w oku za pomocą fluoresceiny autorowie: 1) wstrzykiwali ją do ciałka szklanego (Knies) lub komórki przodkowéj; 2) pod skórę (Memorski, Ulrich, Ehrlich) zazwyczaj w ilości 3 cm. sz.; 3) Wkraplali ją do worka spojówki lub na rogówkę. Wyniki otrzymane za pomocą tych doświadczeń autorowie sami streszczają w końcu swéj rozprawy jak następuje:

1. Fluoresceina w rozczynie (1 : 5) jest istotą zdolną dyfuzyi i przenika wszystkie warstwy rogówki tak od przybłonka przodkowego jako téż i od komórki przodkowéj. Dostaje się ona tak ze środka rogówki jak i od worka, a względnie od rąbka spojówkowego, do komórki przodkowéj. Tak samo widzieć ją można występującą z komórki przodkowéj przez rąbek spojówkowy i rozchodzącą się w spojówkę. Po wstrzyknięciu podskórném ulegają również fluorescencyi spojówka, błona mrużna, ciecz łzowa, rogówka i twardówka.

2. W stanie prawidłowym tęczówka nie odgradza tylnéj od przodkowéj komórki (Grünhagen, Knies, Ulrich, Ehrlich), lecz owszem ciecz wodna odnawia się ciągle z komórki tylnéj. Tylko w warunkach chorobowych (zanik ciałka rzęskowego) odżywianie rogówki i wydzielanie cieczy wodnéj odbywa się od rąbka spojówki a nie z komórki tylnéj.

3 Nie ma prądu cieczy wydobywającego się z ciałka szklanego po przez obwódkę Zinna lub kanał Petita i na wskróś po przez tęczówkę do komórki przodkowéj.

4. Przodkowa powierzchnia tęczówki nie ma udziału w odnawianiu cieczy wodnéj, lecz wydzielają ją naczynia ciałka rzęskowego i tylnéj powierzchni tęczówki (kąt wy-

dzielniczy). Skutkiem tego prądu cieczy powstaje smuga Ehrlichowska, biorąca swój początek zawsze na brzegu źrenicznym z po za tęczówki.

5. Wydzielanie nie odbywa się równocześnie na całéj przestrzeni kąta wydzielniczego, a pojawianie się lub brak smugi Ehrlichowskiéj, jako też jéj postać i kierunek zawisły od ilości i położenia naczyń kąta wydzielniczego, biorących udział w wydzielaniu.

6. Prąd cieczy w oku idzie od kąta wydzielniczego po większéj części wzdłuż tęczówki przez źrenicę do komórki przodkowéj, podczas gdy w mniejszéj części wymiana cieczy odbywa się między kątem wydzielniczym a soczewką przez kanał Petita i do ciałka szklanego. Ciałko szklane i komórka nie są więc przestworami od siebie oddzielonemi.

7. Jeżeli fluoresceina przejdzie przed wydzieleniem się przez układ naczynny oka (wstrzyknięcie podskórne), dostaje się ona do soczewki i do ciałka szklanego tylko w bardzo nieznacznéj ilości i znika z nich szybko, tak, iż w ostatniém spostrzegano ją najdłużéj przez cztery godziny. Po wstrzyknięciu przeciwnie do komórki przodkowéj fluoresceina dostaje się bardzo obficie do soczewki; po wstrzyknięciu zaś do ciałka szklanego tylko wtedy, ale za to bardzo obficie, jeżeli wprzód przeszła do komórki przodkowéj. Z występowaniem fluorescencyi cieczy wodnéj pojawia się zwolna zabarwienie soczewki i utrzymuje się przez tygodnie i miesiące, chociaż oko zresztą zupełnie od niéj jest wolne.

8. W soczewce ciecz zabarwiona postępuje od kory do jądra i znika z niéj w tym samym porządku. Do najgłębszych części jądra zabarwienie dochodzi dopiero po 2 do 3 tygodniach.

9. Ciałko szklane nie ma udziału w odżywianiu soczewki, bo mimo najmocniejszego zabarwienia wszystkich jego warstw soczewka nie zabarwia się całemi dniami, jeżeli nie pojawi się naprzód zabarwienie cieczy wodnéj. Wystąpienie ostatniego po wstrzyknięciu do ciałka szklanego nie odbywa się gotowemi drogami fizyjologicznemi, sprzyja mu zaś i wywołuje je podwyższenie ucisku w ciałku szklaném zarówno jak jego obniżenie w komórce przodkowéj.

10. Otwarcie komórki przodkowéj (przekłócie rogówki, sklerotomija, irydektomija) zmienia wydzielanie cieczy z kąta wydzielniczego tak co do ilości jakotéż i co do jakości i wpływa następnie skutkiem tego na wymianę materyi w soczewce jak i w ciałku szklaném. Wybitne znaczenie otwarcia komórki przodkowéj pod względem wymiany materyi ujawnia się w doświadczeniach z fluoresceiną bezpośrednio tak szybkością jak ilością zabarwionéj wydzieliny.

11. Wydzielanie cieczy wodnéj podlega wpływowi nerwów. Przecięcie części szyjnéj n. współczulnego, tak z wycięciem górnego zwoju szyjnego jako też i bez niego, przyspiesza pojawienie się wydzieliny zabarwionéj mniéj więcéj o połowę zwykłego czasu a zmniejsza ciecz wydzieloną pod względem jéj jakości. Podskórne wstrzyknięcie fluoresceiny podaje nam więc nowy sposób rozpoznawczy do oznaczenia chorób nerwów odżywczych, których dotąd nie umieliśmy rozpoznawać. Wydzielnicze i okoźreniczne włókna n. współczulnego opuszczają rdzeń pacierzowy w odrębnych korzeniach, tak, że oko posiada osobne nerwy wydzielnicze.

12. Przecięcie n. troistego wśród czaszki przyspiesza, zwiększa i zmienia wydzielanie w oku jeszcze bardziéj aniżeli przecięcie części szyjnéj n. współczulnego.

13. Gdy przecięcie $^3/_4$ części pnia n. troistego w najdaléj ku tyłowi położonéj części zwoju Gassera nie zrządza zmiany wydzielniczéj w oku, jeżeli tylko najbardziéj przyśrodkowa jego część nienaruszoną pozostała, wynika więc z tego, że włókna wydzielnicze, przeznaczone dla oka, przebiegają w téj $^1/_4$, najbardziéj przyśrodkowéj części n. troistego. *(Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik von Prof. Dr. Schöler in Berlin im J. 1881 str. 52—92).* *Rydel.*

Schapiro: **Wpływ postawy na tętno.**

Wpływ postawy na częstość uderzeń serca, aczkolwiek już w r. 1732 zwrócił nań uwagę Bryan Robertson, nigdy nie został dostatecznie wyjaśnionym. Przypisywano go różnicy zachodzącéj w stanie mięśni podczas postawy pionowéj i pozioméj, lecz największe powagi naukowe skłaniały się do przyjęcia tłumaczenia, podanego przez Mareya, że opóźnienie tętna w postawie poziomej jest wynikiem ogólnego wzmożenia się ciśnienia krwi, zawisłego od trudności, jakie napotyka serce w wypróżnianiu się w téj postawie. Ostatnim, który się tą sprawą zajmował, był Schapiro w Petersburgu, doszedł on także do wniosku, że wynik przypisać wypada zmianie ciśnienia w sercu i naczyniach. Znalazł on, że ciśnienie krwi w tętnicy promieniowéj jest znacznie wyższe w postawie poziomej niż pionowéj, a badał też wpływ zmiany postawy na częstość tętna, gdy tętnica udowa jest uciśnięta tuż pod więzadłem Pouparta. Z tych spostrzeżeń wnosi: że u zdrowych różnica w częstości tętna w postawie pozioméj i pionowéj może dojść od 1 do 30 na minutę. W postawie pionowéj ciśnienie w sercu i tętnicach jest o 2—3 mm. wyższe niż w postawie pionowéj. W postawie poziomej uciśnienie tętnicy udowéj, zwiększające ciśnienie tętnicze, zmniejsza częstość tętna. W chorobach serca, dopóki kompensacyja ma miejsce, postawa taki sam wpływ wywiera na tętno jak u zdrowych. Jeżeli jednakowoż kompensacyja jest niedostateczną, postawa pozioma nie zmniejsza częstości tętna a nawet może ją powiększyć. W tym punkcie Schapiro różni się od Gravesa, który uważał brak prawidłowego wpływu za objaw przerostu serca. W niektórych ogólnych chorobach, jak w durze, częstość tętna nie zmniejsza się ani w postawie poziomej ani też po uciśnięciu tętnicy udowéj. *(The Lancet* 1882, I. Nr. 12). *Dr. Grabowski.*

Wiadomosci pomniejsze.

(L. K.) **Nowe spostrzeżenia nad drogą, jaką się rtęć z ustroju wydziela.** Na posiedzeniu Sekcyi balneologicznéj Towarzystwa lekarskiego w Berlinie dnia 18 marca, Schuster z Akwizgranu miał odczyt: *Über die Ausscheidung des Quecksilbers mit Rücksicht auf die Schwefelthermen*". Prelegent udowadniał na podstawie licznych rozbiorów chemicznych, że rtęć wprowadzona do organizmu zostaje napowrót wydzieloną głównie przez stolce. Rtęć, zdaniem prelegenta, znajduje się w ustroju przeważnie w stanie rozpuszczonym. Daléj dowodził S., że kwas siarkowodowy przechodzi jako taki w krążenie krwi, i że w krążeniu wątroby znajduje się jeszcze niezmienionym. Jeżeli się zatém w wątrobie spotka z rtęcią, która się tutaj złożyła, przemienia ją na nieszkodliwy siarczek rtęci. *(Allg. med. C Ztg.* Nr. 24, 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II dnia 18go stycznia 1882 r.

Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 36.

1) Przewodniczący z [illegible] enie krótkiém prze-

mówieniem, wzywając członków do przedsiębrania prac i do udziału w dyskusyi na posiedzeniach Towarz. W dalszym toku zachęca do wzięcia jak najliczniejszego udziału w Zjeździe lekarzy czeskich mającym się odbyć w maju r. b. W końcu w imieniu kol. Jordana i swojém dziękuje za dowód zaufania okazany wyborem i prosi o poparcie, aby Tow. i w tym roku chlubnie z zadania swego wyw ązać się mogło.

2) Kol. doc Obaliński przedstawia 6-letniego chłopca, u którego dnia 5go grudnia wypiłował staw łokciowy prawy z powodu grzybowatego zapalenia tegoż. Cięcie podłużne sposobem Langenbecka; opatrunek jodoformowy w ogóle tylko 4 razy zmieniany. Zupełne zagojenie w 4ch tygodniach. Dzisiaj chory włada dość dobrze i bez bólu odnogą a prelegent ma nadzieję, że po kilku tygodniach takiego ćwiczenia powrócą ruchy prawie zupełnie prawidłowe. Pomyślny wynik przypisuje prelegent wcześnie przedsięwziętéj operacyi, bo wykonanéj już w pół roku po rozpoczęciu się choroby. Nadto zwraca prelegent uwagę, że w kościach wypiłowanych znaleziono równie jak i w zwyrodniałéj torebce stawowéj pod drobnowidem gruzełki (*tuberculosis localis*) i że choroba ta rozpoczęła się skutkiem uderzenia się w staw łokciowy w kilka tygodni po przebytéj ospie. W ostatnich czasach zwrócił Lücke uwagę na ten moment etyjologiczny, twierdząc, że nie wszystkie zapalenia kości i okostnéj, chociażby w nich wykazano histologiczne gruzełki, przebiegają jak kliniczna gruźlica i że trzeba źródeł ich szukać gdzieś daléj, nie we wrodzonych lub nabytych suchotach a mianowicie w złogach, które choroby zakaźne (dur, ospa, odra, płonica itd) pozostawiają w kościach lub pod okostną. Od czasu jak Lücke ogłosił swoje to zapatrywanie (od kilkunastu miesięcy) miał prelegent już kilkakrotnie sposobność stwierdzenia, że grzybkowate zapalenia stawów pochodzenia kostnego poprzedzone były chorobami zakaźnemi. Przeciw Lückemu wystąpił Schüller jako przedstawiciel przeciwnego kierunku, twierdząc, że tam, gdzie histologicznie wykazano obraz gruźlicy, mamy do czynienia zawsze ze sprawą gruźliczą w znaném tego słowa znaczeniu. Sprawa ta zdaniem prelegenta nie da się na teraz stanowczo rozstrzygnąć, gdyż do tego potrzeba jeszcze wielu spostrzeżeń i doświadczeń; zdaje się jednak, że spostrzeżenia Lückego nie zbijają jeszcze wywodów Schüllera, popartych pięknemi pracami doświadczalnemi.

W dyskusyi nadmienia kol. prof. Browicz, odwołując się do wykładu swego o gruźlicy, iż obecność gruzełków histologicznych wśród tkanek patologicznych nie ma bezwzględnéj wartości dyjagnostycznéj, że pojęcie gruźlicy t. zw. miejscowéj nie jest tak ścisłém pod względem znaczenia etyjologicznego i patologicznego, iżby na podstawie zmian w kościach i stawach u osób, u których nie ma w innych narządach żadnych zmian charakteryzujących gruźlicę, zmiany te uważać można bezwarunkowo za zmiany etyjologiczne gruźlicze. Przypuścićby bowiem trzeba w każdym takim przypadku, iż właśnie w czasie, gdy jad gruźliczy, (z analogii z innemi sprawami chorobowemi sądząc jad upostaciowany), dostawszy się do ustroju i krążąc wśród niego, nie wywoławszy jeszcze gdzieindziej zmian, zmiany te w téj tylko właśnie części sprowadził, która przypadkowo uległa jakimkolwiek zmianom chorobowym i przedstawić korzystną dlań glebę rozwoju; albo też, że u osoby, u któréj już istniało cierpienie np. stawu lub kości, jad najpierwéj zmiany sprowadził w tych organach, a cały zresztą ustrój pozostał wolnym. Korzystne te warunki stworzyć można drogą eksperymentu, jak to np. Schüller uskutecznił. Zwraca daléj uwagę kol. Browicz, iż nie rzadko na zwłokach obok zmian w kościach lub stawach znajdujemy zmiany gruźlicze starsze w innych częściach ustroju, o których obecności badanie fizyczne pouczyć nas nie może; zmiany więc owe w kościach lub stawach uważać należy za zmiany, jakie w licznych i nader rozmaitych miejscach u osób gruźliczych spotykać zwykliśmy. Statystyczny zresztą obfity materyjał, jakoteż eksperymentalne w tym kierunku badanie może tu jedynie podać pewną podstawę. — Kol. Warschauer przytacza przypadek, w którym po ospie nastąpiła martwica główki kości ramieniowéj, a nadto zapalenie stawu łokciowego z następowém stężeniem tegoż. Czy te cierpienia były gruźlicą miejscową, stanowczo twierdzić kol. W. nie może, wówczas bowiem choroba ta nie była znaną. — Kol. Obaliński nadmienia w odpowiedzi na twierdzenie kol. Browicza, jakoby gruźlica w kościach tylko wtenczas mogła się pojawiać, gdy już poprzednio gdzieindziej się usadowiła, chociażby to klinicznie wykazać się nie dało, iż nie pojmuje, dla czegoby właśnie kości miały stanowić wyjątek od prawidła, kiedy nikogo nie dziwi, jeżeli znachodzimy gruźlicę np. tylko w płucach albo tylko w gruczołach. Nie ulega kwestyi że zakażenie gruźlicze musi się odbywać za pośrednictwem jakiegoś przyrzutu upostaciowanego, bliżéj nam nie znanego; tam zaś, gdzie urazy lub inne wpływy drażniące dają powód do dłuższego lub stałego zatrzymania się owego przyrzutu, powstają ogniska gruźlicze. W jednym przypadku będzie to miało miejsce w płucu lub gruczołach limfatycznych, w innym zaś w kościach. Naturalnie, że odróżnić należy wraz z Koenigiem takie przypadki od innych, w których kości okazują złogi gruźlicze następowe towarzyszące dawniejszym, w innych organach znajdującym się pierwotnym zmianom gruźliczym. Z doświadczeń Huetera i Klebsa zdaje się z wielkiém prawdopodobieństwem wynikać, że bakteryje biorą udział także i w sprawie gruźliczéj. W odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia kol. Obaliński, że tu nie ma mowy o ostrych zmianach w kości lub okostnéj, jako bardzo częstém następstwie chorób zakaźnych, lecz o złogach ukrytych, które w późniejszym czasie a więc w kilka miesięcy lub nawet lat przy danéj sposobności stać się mogą ogniskiem chronicznego zapalenia.

3) W dalszym ciągu posiedzenia przedstawił kol. Prof. Browicz okaz pierwotnego mięsaka żołądka, jakoteż okaz rozlanego nowotworu przybłonkowego żołądka. W drugim przypadku obok téj zmiany znajdował się szczątek przewodu omoczniowego (*urachus*) w kształcie postronka krótkiego, łączącego odbytnicę z tylną ścianą pęcherza moczowego. (Bliższe szczegóły dotyczące tego przypadku ogłoszone będą w Przegl. Lek.).

4) Nastąpiło odczytanie protokołów zaległych, a mianowicie z 15 i 16go posiedzenia zeszłorocznego i pierwszego styczniowego z r. b., które bez zmian przyjęto.

5) Przyjęto daléj wniosek Komitetu Tow., ażeby prelegenci na blankietach osobno na ten cel sporządzić się mających, najdaléj w tydzień po posiedzeniu przemówienia swoje w streszczeniu kol. Sekretarzowi wręczali. W razie nie zastósowania się do téj uchwały, mają być przemówienia według zapisków Sekretarza do protokółu i do druku podawane.

6) Przewodniczący przedstawił na człon. honor. kol. Dra Adryjana Baranieckiego, w uznaniu Jego zasług wielorakich około Towarzystwa lekarskiego i medycyny polskiéj w ogólności, a na członka zwyczaj. kol. Dra Karola Gramatykę. Wybór odbędzie się na posiedzeniu nadzwyczajném

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie nadzwyczajne Tow. lek. krak. dnia 18 stycznia 1882

Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 30.

Członkiem honorowym Towarzystwa wybrano jednogłośnie kol. Dra Adryjana Baranieckiego i na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

V. Smiertelność w większych miastach Galicyi w r. 1881.

Przez Dra **Józefa Merunowicza**,

c. k. lekarza powiatowego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

W Kolomyi również bardzo znacznie zmniejszyła się śmiertelność w roku ubiegłym, gdyż wynosi zaledwo 31 na tysiąc. Obniżenie to pochodzi jedynie z tego powodu, iż choroby zakaźne bez porównania mniéj groźnie w r. 1881 występowały. Głównie panowała dyfteryja, która była w 46 przypadkach przyczyną śmierci = 5.92% zmarłych, dalej ospa w 18tu przypadkach, co czyni 2.32% zmarłych. Choroby narządu oddechowego były główną przyczyną śmierci, mianowicie w 228 przypadkach czyli 29,3%. Śmiertelność dzieci jest bardzo znaczną, największą z wszystkich innych miast

naszych, na co już w r. ubiegłym zwróciłem uwagę: 55% wszystkich zmarłych są to dzieci niżéj lat pięciu, a co szczególniejsza, że w tém mieście stale od lat trzech utrzymuje się taka śmiertelność nie między dziećmi jednorocznemi, lecz od lat dwóch do pięciu. Na 10.000 ludności umarło w r. 1881 dzieci niżéj roku 102, dzieci od lat dwu do pięciu 71, razem zatém 173. W roku 1880 stosunek był jeszcze gorszym, gdyż wynosił 229, a w r. 1879: 206. Śmiertelność w ogóle największą była w pierwszym kwartale, a to z powodu częstych przypadków zapalenia płuc i panującéj jeszcze z r. 1880 ospy.

Przemyśl wykazuje za r. 1881 najpomyślniejszy stosunek śmiertelności z wszystkich miast, gdyż tylko 29,3 na tysiąc ludności. Główną przyczyną śmierci były choroby narządu oddechowego, 35,7% zmarłych, a z tych przeważnie suchoty płuc, gdyż przeszło 20% zmarłych. Choroby zakaźne były w 113 przypadkach przyczyną śmierci, czyni to 17.24% zmarłych, głównie dyfteryja i koklusz, także tyfus brzuszny. Śmiertelność była największą w pierwszym kwartale, najmniejszą w trzecim. Dzieci niżéj lat pięciu umarło 139 na 10.000 ludności.

W Stanisławowie nie panowała w r. 1881 żadna epidemija, jakkolwiek z krztuśca i dyfteryi było niemal 8% wszystkich zmarłych; z tego téż powodu śmiertelność w tém mieście równa się 34,4 na tysiąc, podczas gdy w latach poprzednich 42,5 a nawet 48,4 na tysiąc. Z chorób narządu oddechowego umarło tylko 149 osób, co czyni 23,7% wszystkich zmarłych. Także i śmiertelność dzieci była w r. 1881 mniejszą, i tak dzieci niżéj roku umarło na 10.000 ludności 114,6, od dwu lat do pięciu 36,1, razem dzieci do lat pięciu 150,7, podczas gdy w r. 1880 umarło na ten sam stosunek dzieci 258, w r. 1879 zaś 221. Największa śmiertelność była w pierwszym kwartale, najmniejsza w trzecim.

W Tarnopolu utrzymuje się śmiertelność w ostatnich trzech latach mniéj więcéj w równéj mierze, w r. 1881 równała się 36,1 na tysiąc. Szczególnie zabójczo panowała dyfteryja, uległo jéj bowiem 111 osób, czyni to przeszło 12% wszystkich zmarłych, z tego téż powodu śmiertelność dzieci była znaczniejszą niż w r. 1880, gdyż równa połowa wszystkich zmarłych były to dzieci niżéj pięciu lat; na 10.000 ludności umarło 181 dzieci, podczas gdy w r. 1879: 177, a w r. 1880 tylko 140. Po mieście Lwowie zajmuje Tarnopol drugie miejsce co do liczby zmarłych starców wyżéj 60go roku. Śmiertelność była największą w pierwszym czwartym kwartale.

W Tarnowie była śmiertelność w ostatnim roku największą z wszystkich miast powyżéj omówionych, umarło bowiem 41,8 na tysiąc, w każdym razie o 3,4 na tysiąc korzystniejszy stosunek niż w r. 1880. Niemal 30% wszystkich zmarłych było z przyczyny chorób zakaźnych, panowały bowiem dyfteryja (12,4%), ospa (7,82%), tyfus plamisty (2,87%) i tyfus brzuszny (2,17%). W Tarnowie najmniejszą natomiast jest śmiertelność z chorób narządu oddechowego, gdyż tylko 13,5%. Z powodu zaś panowania chorób nagminnych, nawiedzających przeważnie dzieci kilkoletnie, umarło w Tarnowie nieco mniéj dzieci niżéj roku, jak dzieci od roku do lat pięciu; w ogóle zaś umarło dzieci do lat 5ciu 176 na 10.000 ludności. Śmiertelność w ogóle była największą w pierwszym kwartale z powodu ospy i częstych przypadków zapalenia płuc.

Najwięcéj przypadków śmierci przypadkowéj było w r. 1881 w Tarnopolu, gdyż 2,2% zmarłych, najmniéj w Kołomyi 0,12%; Tarnopol w tym względzie utrzymuje się na pierwszém miejscu stale od lat trzech. Najwięcéj samobójstw zdarzyło się także w r. 1881 w Tarnopolu = 0,55%, w latach poprzednich przodowało miasto Lwów; najmniej samobójstw w Tarnowie i to stale od lat trzech. Morderstw i zabójstw zdarzyło się najwięcéj w Przemyślu 0,3%.

Do tego dwa zestawienia tabelaryczne.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 1 stycznia do 31 grudnia 1881.

Nazwa miasta	Ludność w dniu 1 lipca 1881 średnio obliczona	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	111.304	3617	32.5	795	496	294	615	714	702	1	75	2	84	124	30	41	5	—	9	15	6	839	551	43	86	3	103	16	1586	30	18	1
Kraków	67.780	2497	36.8	513	473	225	464	436	386	—	91	106	70	94	33	32	80	—	40	18	47	300	518	85	8	1	205	7	722	27	12	1
Brody	19.846	752	37.3	221	126	61	90	120	134	—	60	9	64	31	3	16	5	—	5	3	1	62	48	22	9	—	30	—	380	2	2	—
Drohobycz	18.230	670	36.7	212	94	55	109	108	86	6	—	5	3	14	2	54	8	—	1	—	4	27	51	149	5	1	57	—	277	11	1	—
Kołomyja	24.981	776	31.0	259	178	80	85	91	83	—	18	5	15	46	2	8	—	—	4	4	—	102	119	7	13	—	11	4	414	1	2	1
Przemyśl	22.293	655	29.3	221	90	45	92	110	97	—	—	1	1	32	31	21	7	—	—	7	13	135	85	14	2	—	25	6	266	5	2	2
Stanisławów	18.248	629	34.4	209	66	54	87	94	104	15	1	—	—	25	26	15	3	—	2	1	—	83	60	6	4	4	13	1	382	2	1	—
Tarnopol	25.063	904	36.1	338	116	65	106	111	164	4	—	13	4	111	5	29	3	—	1	—	8	115	104	5	7	—	1	45	428	20	5	—
Tarnów	24.107	1010	41.8	212	214	122	164	168	129	1	79	7	2	126	16	22	29	—	5	6	3	118	199	—	11	—	76	—	301	7	1	2
Razem	331.852	11510	34.6	2980	1853	1001	1812	1952	1935	27	324	145	193	603	148	238	140	—	67	54	82	1781	1735	331	145	9	523	75	4756	105	44	7
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych				25.9	16.1	8.9	15.7	17.0	16.3	0.2	2.81	1.29	1.67	5.24	1.29	2.06	1.21	—	0.58	0.46	0.71	15.47	15.0	2.9	1.24	0.08	4.5	0.65	40.9	0.9	0.38	0.06

Dr. Merunowicz

OBLICZENIE ODSETKOWE SMIERTELNOSCI z OGÓLNÉJ LICZBY ZMARŁYCH w r. 1881 w 9ciu większych miastach Galicyi

Nazwa miasta	Ludność w dniu 1 lipca 1881 średnio obliczona	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.
Lwów	110.304	3.617	21.9	13.6	8.12	17.0	19.6	19.2	0.02	2.07	0.04	0.92	3.42	0.82	1.1	0.12	—	0.25	0.41	0.16
Kraków	67.780	2.497	20.4	18.9	9.01	18.5	17.4	15.4	—	3.6	4.2	2.8	3.7	1.3	1.2	3.2	—	1.6	0.7	1.87
Brody	19.816	752	29.3	16.7	8.11	11.9	15.9	17.8	—	8.10	1.19	8.51	4.0	0.4	2.1	0.65	—	0.65	0.4	0.13
Drohobycz	18.230	670	31.6	14.0	8.2	16.2	16.1	12.8	0.9	—	0.74	0.45	2.1	0.3	3.06	1.20	—	0.15	—	0.60
Kołomyja	24.981	776	33.4	22.9	10.3	10.9	11.7	10.7	—	2.32	0.64	1.92	5.92	0.25	1.03	—	—	0.51	0.51	—
Przemyśl	22.293	655	33.7	13.7	6.8	14.0	16.8	14.8	—	—	0.15	0.15	4.89	4.73	3.20	1.07	—	—	1.07	1.94
Stanisławów	18.248	629	33.2	10.4	8.56	13.8	14.9	16.5	2.3	0.15	—	—	3.90	4.1	2.3	0.45	—	0.30	0.15	—
Tarnopol	25.063	904	37.3	12.8	7.19	11.7	12.2	18.1	0.44	—	1.4	0.44	12.2	0.55	3.2	0.33	—	0.11	—	0.84
Tarnów	24.107	1.010	21.0	21.1	12.1	16.2	16.6	12.7	0.1	7.82	0.7	0.2	12.4	1.58	2.17	2.87	—	0.5	0.59	0.3

Nazwa miasta	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	23.1	15.2	1.18	2.37	0.03	2.8	0.44	43.8	0.82	0.5	0.02
Kraków	12.0	20.7	3.4	0.3	0.04	8.2	0.3	29.0	1.0	0.45	0.04
Brody	8.2	6.3	2.9	1.19	—	3.93	—	50.5	0.26	0.26	—
Drohobycz	4.03	7.6	22.2	0.74	0.15	8.5	—	41.3	1.65	0.15	—
Kołomyja	13.1	15.3	0.91	1.57	—	1.32	0.51	53.3	0.12	0.25	0.12
Przemyśl	20.6	13.0	2.1	0.3	—	3.8	0.9	40.6	0.76	0.3	0.3
Stanisławów	13.2	9.5	0.95	0.60	0.60	2.1	0.15	61.7	0.30	0.15	—
Tarnopol	12.7	11.5	0.55	0.77	—	0.11	5.0	47.3	2.2	0.55	—
Tarnów	11.6	1.97	—	1.1	—	7.5	—	29.8	0.7	0.1	0.2

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 kwietnia do 6 maja śmiertelność ogólna w Krakowie obniżyła się z 32,8 do 24,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 3 (3 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 7 duru osutkowego. W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia zapadło w Londynie na ospę 90, leczyło się w szpitalach 393, umarło 3. W Wiedniu umarło 33, w Paryżu 15, w Budapeszcie 11, w Petersburgu 9, w Warszawie (od 12—18) 38, w Lizbonie (od 19—25 lutego) 9, w Madrycie (od 23—29 stycznia) 50. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 3ch, w Petersburgu 17. Odra złagodniała w Wiedniu Paryżu, Londynie, Edynburgu, Kopenhadze.

Statystyka śmiertelności W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; we Lwowie 53,8; w Poznaniu 37,1; w Wiedniu 41,1; w Budapeszcie 38,0; w Pradze 42,3; w Tryjeście 31,3; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 35,6; w Gdańsku 24,1; w Mnichowie 37.9; w Dreźnie 20,8; w Lipsku 18,3; w Bazylei 19,6; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 26 6; w Hadze 26,9; w Paryżu 30,7; w Londynie 22,2; w Kopenhadze 23,3; w Stokholmie 18.3; w Chrystyjanii 23.0; w Petersburgu 41,5; w Odesie 28.7; w Wenecyi 28,8; w Madrycie 67,4; w Lizbonie 44,4; w Aleksandryi 28, ; w Nowym Yorku 33,1; w Filadelfii 24,5; w Bombaju 32,8; w Madrasie 47,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 maja. N. Pan mianował nadzwyczajnego profesora anatomii patologicznéj Dra Tadeusza Browicza zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu w Uniw. Jagiell.

* Wydział lekarski U. J. na posiedzeniu swém z d. 12 t. m. mianował kandydata medycyny p. Jana Prusa demonstratorem przy katedrze patologii doświadczalnéj, — i oświadczył się za nadaniem stypendyjum Szklarskiego asystentowi przy katedrze fizyjologii Drowi Gluzińskiemu.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie obrało delegatem swoim na Zjazd lek. czeskich prof. Jakubowskiego. Również i Przegląd Lekarski będzie reprezentowany na tym Zjeździe.

Większa część kolegów tutejszych, wybierających się do Pragi, wyjedzie z Krakowa d. 25 bm., tj. we czwartek o godzinie 3ciéj popołudniu. Donosimy o tém, aby kolegom z innych miast wybierającym się dać możność przyłączenia się do kolegów tutejszych, sądzimy bowiem, że jak z jednéj strony przyjemném jest odbycie wspólne podróży, tak z drugiéj jest wskazaném a nawet pożądaném, aby lekarze polscy stanęli jednocześnie w stolicy czeskiéj.

Dochodzi nas z prowincyi zażalenie, jakoby Przegląd Lekarski wcale nie podawał wiadomości o Zjeździe czeskim. Trudno wszystkim dogodzić, a już wcale nie podobna dogodzić tym, którzy Przeglądu nie czytają. Otóż podaliśmy dokładne wiadomości o tym Zjeździe, zachęcając do odwidzenia go, w Nrach 5tym, 6tym i 12tym z rb., a obecnie odsyłamy interpelanta zwłaszcza do Nru 6, gdzie znajdzie program Zjazdu, przypominając tylko, że w piątek d. 26 bm. o godzinie 8méj wieczór nastąpi powitanie członków na wyspie Zofijskiéj, a w sobotę d. 27 o godzinie 10téj rano uroczyste zagajenie Zjazdu w wielkiéj sali na téjże wyspie.

Przypominamy następnie, że na Zjeździe krakowskim nie tylko lekarze i przyrodnicy czescy byli licznie reprezentowani, ale nadto tak grona jako jednostki, które przybyć nie zdołały, przesłały drogą telegraficzną serdeczne życzenia. Sądzimy, że za grzeczność i życzliwość wywzajemnić się wypada, a za czas stósowny do przesłania telegramów (w języku polskim) uważamy dzień 27 bm. to jest sobotę rano; adresować zaś można do „Szanown. Komitetu Zjazdu II lek. czesk. w Pradze."

Liczby i nazwisk kolegów krakowskich, na Zjazd wybierających się, nie podajemy jeszcze, ponieważ jeszcze zmiany zajść mogą. Akademiję Umiejętn. reprezentować podobno będą proff. Teichmann i Rostafiński, redakcyję zaś Przeglądu Lek. kol. Kwaśnicki. Ze Lwowa o ile się dowiadujemy, pojadą Drowie Głowacki, Krówczyński i Schattauer, prof. Radziszewski i docent Kamiński, z Przemyśla Dr. Waligórski, a ze Sokala Broniowski, z Wiednia Drowie Julijan Czerkawski i baron Horoch.

* Od połowy marca b. r. przystąpili do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie jako członkowie Dr. Jordan Henryk w Krakowie, Dr. Mikulicz Jan z Wiednia, Sekcyja Przemyska Tow. lek. galic. i Towarzystwo lekarskie akad. polaków we Wrocławiu; jako prenumeratorowie zaś Dr. Brühl Edward z Gleichenbergu, Dr. Gedl Mieczysław z Wadowic, Dr. Kohn Maksymilijan, Dr. Rosner Jan z Krakowa i Dr. Wolfram Adolf z Mościsk.

* W *Gazecie Lekarskiéj* znajdujemy następującą wiadomość: „W *Deutsche medicinische Wochenschrift* r. 1882 str. 184 Raabe pomieścil pracę, w któréj podaje jako nowy odczynnik na białko kwas trójchlorooctowy, a w jednym z ostatnich Nrów „Przeglądu Lekarskiego“ spotykamy referat z owéj pracy. Otóż uważamy sobie za obowiązek zaznaczyć w tém miejscu, że kwas trójchlorooctowy bynajmniéj nie jest nowym odczynnikiem na białko; gdyż kolega Grosstern jeszcze w r. 1876 pierwszy zwrócił na niego uwagę i poszukiwania swe w tym kierunku pomieścił w *Gazecie Lekarskiéj* pod tytułem: „O względnéj wartości rozmaitych odczynników na białko. O kwasie trójchlorooctowym jako nowym odczynniku na białko“. (*Gazeta Lekarska* r. 1876. Tom XXI Nr. 15, 16 i 17).“

Z przyjemnością powtarzamy tę wiadomość, ciesząc się, że niewątpliwie rodakowi należy się pierwszeństwo przed Drem Raabem, z którego rozprawki zdaliśmy sprawę w Nrze 14 Przeglądu Lek. z r. b. Należałoby jednak zwrócić uwagę i tygodnika berlińskiego oraz Dra Raabego, że odczynnik w mowie będący już przed 6ciu laty podany został w tygodniku polskim.

* Otrzymaliśmy drugie poprawne wydanie *Przewodnika ilustr. do Szczawnicy*, napisanego przez Dra Tadeusza Dworskiego w Przemyślu 1882. Wydanie to jest ozdobione 7 rycinami i 3 mapami a cena jego, pomimo kosztownego nakładu, nie jest wygórowaną (1 zła.). Jestto elegancki i całkiem odpowiedni podręcznik dla chorych udających się do Szczawnicy.

* W Cieplicach czeskich do d. 13 bm. bawiło gości 608.

* **Berlin.** Dn. 22 bm. odsłonięty zostanie w sposób uroczysty pomnik Graefego wśród licznego udziału lekarzy, zwłaszcza specyjalistów. Przemówią przy téj sposobności Langenbeck, Donders i Schweigger (*W. med. Woch.*)

* Uroczyste zagajenie Wystawy higijenicznéj w Berlinie przez Księcia następcę tronu miało nastąpić wczoraj. Cesarzowa niemiecka ofiarowała była 20 złotych medali dla wystawców. Tymczasem d. 13 b. m. o godz. 7éj wieczór wybuchł w zabudowaniach Wystawy pożar, który szybko się rozszerzając zamienił wszystkie budynki drewniane w popiół i zniszczył wiele przedmiotów na Wystawę nadesłanych Wartość asekurowanych przedmiotów spalonych wynosi podobno 2—3 milijonów.

* **Wiadomości uniwersyteckie Berno szwajc.** Prof. adzw. fizyjologii Dr. Grützner mianowany został zwyczajnym profesorem fizyjologii w miejsce Valentina. — **Praga czeska.** Prof. chorób dzieci Ritter-Rittershain z powodu schorzałości przeniesiony został w stan spoczynku.

* **Nekrologija** W Gryfii umarł chemik prof. Hünefeld. Tamże umarł znakomity chirurg prof. Hueter, poseł do parlamentu berlińskiego, licząc lat zaledwie 44.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Modrzejewskiego: Wieloliczne, wrodzone włókniaki miękkie, t. zw. mięczaki nerwowłókniaki Recklinghausena (2 tablice fotodrukowane); Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.). — w *Medycynie* Nr. 19: Bielińskiego: O zaraźliwém zapaleniu płuc; Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. II. Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: Zbiór prac z kliniki lekarskiéj w Krakowie. Zeszyt VI. (Odbitka z Pam. Tow. Lek. warsz.) Warszawa 1882, in 8vo str. 116. (Zawiera rozprawy: prof. Korczyńskiego, Drów Smoleńskiego i Rosenblatta).

WELPONER i ZILLNER: Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft, $2^1/_2$ Jahre nach dem Tode der ausgetragenen Frucht. (Osobne odbicie z Arch. f. Gynäk. XIX, 2), in 8vo str. 17.

Piśmiennictwo lekarskie. BLUM A. Chirurgie de la main. Avec 84 fig. 8 Paris. Asselin. Fr. 6.

BRIAND E. Leçons de clinique médicale. 8. Paris, Doin. Fr. 4.

CADET de GASSICOURT. Traité clinique des maladies de l'enfance. T. 2. Av. 100 fig. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 13.

BÖING H. Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. Eine statistisch-ätiologisch-krit. Studie. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel. M. 2. 50.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 24 bm. w sali wykładowéj Zakładu patologii ogólnéj posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Adamkiewicz mówić będzie o związku między zwyrodnieniem rdzenia w wiądzie rdzeniowym a rozgałęzieniem naczyń i okaże odpowiedne preparata.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 23 b. m. o godz. 5 po poł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Lutostański mówić będzie o nowym rozbiorze chemicznym wody mineralnéj z Wysowy, dokonanym przez Prof. Dr. Radziszewskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca I złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, mięsienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Dr. Edward Brühl

ordynuje jak w latach poprzednich

w Gleichenbergu

Mieszka w „*Villa Max.*“

RYMANÓW.

Zakład zdrojowo-kąpielowy.

Silna szczawa alkaliczno żelazisto słona jodo-bromo-litowa, **jedyna** na Wystawie lekarsko-przyrodniczéj w Krakowie r. 1881 srebrnym medalem odznaczona.

Zakład ten jest położony w górach karpackich między Krosnem a Sanokiem, 10 mil od Rzeszowa, 5 mil od stacyi kolei w Zagórzu obok drogi, którą dwa razy dziennie krążą wozy pocztowe.

Otwarcie 1go Czerwca.

MEDAL ZASŁUGI

WODY LEKARSKIE

mineralne sztuczne:

Pyrofosforanowo-Żelazista, Selterska, Vichy, Litowa, Jodowa, Gorzka,

Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj,

aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie i odznaczone medalem zasługi na Wystawie Lekarsko-Przyrodniczéj w Krakowie.

MEDAL ZASŁUGI

Składy w Krakowie:

W aptece **„pod Gwiazdą“** ul. Floryjańska; w aptece **„pod Słońcem“** Rynek Główny; w apt. **„pod Barankiem“** Rynek Mały; w aptece **„pod Złotą Głową“** Rynek Główny; w apt. **„pod Orłem“** na Kazimierzu; w handlu p. **Janigi** Rynek Główny.

We Lwowie w handlu p. **Ihnatowicza. W Brodach** w apt. p. **Witosławskiego. W Podhajcach** w handlu p. **J. Gross.**

Zakład Wód Gazowych Karola Rzący w Krakowie.

MEDAL ZASŁUGI

Od dłuższego czasu używam tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnéj, wód lekarskich, wyrabianych przez Pana K. Rzącę w Krakowie według wskazówek udzielonych mu przez Komisyję balneologiczną Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przekonawszy się o skuteczności tych przetworów, jak niemniéj stwierdziwszy, że przyrządzane bywają bardzo starannie, mogę jak najsumienniéj polecić je do używania w praktyce lekarskiéj a mianowicie:

Woda litowa, woda z pyrofosforanem żelazowym mocniejsza i słabsza mogą w zupełności zastąpić wody sztuczne tego nazwiska dotychczas z zagranicy sprowadzane. **Woda jodowa** oddaje znakomite usługi w przypadkach, gdzie z powodu cierpienia żołądka nie można używać przez czas dłuższy jodku potasu w zwykłéj postaci. **Sztuczna woda Selterska, woda Vichy i Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj** są równie skuteczne jak odnośne wody naturalne i dla tego mogą być używane z korzyścią w zastępstwie wód naturalnych.

Kraków 25 Marca 1882.

Prof. Dr. Korczyński
Dyrektor Kliniki lek. w Uniw. Jag

MEDAL ZASŁUGI

KOWANÓWKO POD OBORNIKAMI

Zakład leczniczy dla nerwowo i umysłowo chorych

4 mile na północ Poznania, tuż przy stacyi kolejowéj Oborniki w zdrowém i piękném miejscu położony, przyjmuje każdego czasu chorych płci obojéj na kuracyję.

Zakład tutejszy poczyna 25ty rok swego istnienia. Z każdym rokiem odpowiednio postępom nauki i wymaganiom czasu polepszany, dostarcza chorym z jednéj strony wszelkich środków i sposobów leczniczych, z drugiéj strony nie tylko wygód i warunków dobrobytu pod każdym względem, ale i przyjemności najrozmaitszych, zwłaszcza sposobności do pożycia w rodzinach lekarzy.

Pensyja za miejsce 1széj klasy wynosi 300 marek, za miejsce 2giéj klasy 200 marek miesięcznie.

Szczegółowych prospektów dostarcza na żądanie

DYREKCYJA ZAKŁADU.

Dr. Żelazko
Tajny radca zdrowia.

Dr. Karczewski.

Ośmielamy się zwrócić niniejszém uwagę PP. Lekarzy na następujące specyjalności farmaceutyczne z nadmienieniem, iż na żądanie dostarczamy prób do doświadczeń z wszelką gotowością **bezpłatnie**.

Pain-Expeller z „Kotwicą"

wyborne wcieranie w **gośćcu, reumatyzmie, nerwicach itd. itd** Ob Nr. 52. 1880 i Nra 17 i 37, 1881 *„Allg. Wiener Medizinische Zeitung"*

Sarsaparylian z „Kotwicą"

doświadczony **lek przeciwkiłowy**, omówiony szczegółowo przez b. sekundaryjusza I. kl. Dra med. Karola Maryi Anthoffera. Ob. Nra 8 i 9 1881 *„Allg. Wien. med. Ztg."*

Przy ordynowaniu prosimy uprzejmie mieć na względzie, iż istnieje wiele lichych naśladowań obydwu tych przetworów, i że jedynie znakiem „Kotwicy" opatrzony Pain-Expeller lub Sarsaparylian jest **prawdziwym**.

F. Ad. RICHTER i Sp., c. k. dostawcy nadworni.
Wiedeń, Rudolstadt, Norymberga, Roterdam.

Należy podać rękę szczęściu!

400,000 marek

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie jest do wygrania na **Hamburskiéj wielkiéj loteryi pieniężnéj** odbyć się mającej za dozwoleniem i rękojmią **Państwa**.

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, **że** w ciągu niewielu miesięcy w 7 ciągnieniach **niezawodnie** rozlosowanych zostanie **47,600 wygranych** między któremi znajdują się główne wygrane względnie **400.000** mk. w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek	Wygr.	marek
1	250.000,	2	po 15,000	10	po 1,500
1	150.000,	1	„ 12,000	3	„ 1,200
1	100,000,	24	„ 10,000	534	„ 1.000
1	60,000,	3	„ 8,000	1.073	„ 500
1	50,000,	54	„ 5,000	27.069	„ 145
2	po 40,000,	5	„ 4000	i t. d. Razem 18,436	
3	„ 30,000,	108	„ 3.000	wygranych po 300,	
4	po 25,000,	264	„ 2.000	200, 150 124, 100. 94,	
2	„ 20,000			67, 50. 40, 20 marek.	

Z tych wygranych przypada na pierwszą klasę 4000 ogólnej wartości 116,000 marek.

Ciągnienia są według planu urzędownie postanowione. Do **najbliższego pierwszego** ciągnienia téj wielkiéj przez Państwo **poręczonéj** loteryi pieniężnéj, kosztuje:

1 cały los oryginalny tylko 6 mrk. czyli 3½ Zlr.
1 połowa losu oryg. 3 mrk. „ 1¾ „
1 ćwiartka „ „ 1½ mrk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną **natychmiast** z największą troskliwością **za nadesłaniem gotówki lub przekazu pocztowego, albo za pobraniem należytości**, a każdy otrzyma od nas herbem Państwa opatrzony **los oryginalny** do rąk.

Do zamówień, dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, w których tak rozdział na względne klasy jak i odnośne wpłaty znaleść można, a po każdém ciągnieniu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Na żądanie przesyłamy naprzód franko urzędowy plan do przejrzenia i oświadczamy gotowość przyjąć przed ciągnieniem napowrót losy za zwrotem opłaty gdyby życzeniom nieodpowiadały.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz **pod rękojmią Państwa**

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz wypłaciliśmy naszym interesantom największe wygrane między innemi wygrane **250.000** mrk., **100.000** mrk., **80.000** mrk., **60.000** mrk., **40.000** mrk itd.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takiém **przedsięwzięciu na najpewniejszéj podstawie opartém** na żywy udział, prosimy więc, abyśmy wszelkie zlecenia wykonać mogli o jak najrychlejsze zamówienia, a na wszelki przypadek przed **31 Maja rb.**

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany w Hamburgu.

P. S. Dziękujemy niniejszém za zaufanie, którym nas dotąd obdarzano i zapraszając przy rozpoczynającym się nowym losowaniu do udziału, starać się będziemy i nadal przez zawsze szybkie a rzetelne usłużenie zaskarbić sobie całkowite zadowolenie naszych szanownych interesantów.

Wyżéj podpisani.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w ciągu sezonu letniego

W KARLSBADZIE.

Mieszka przy ulicy *„**Kaiserstrasse**"* w domu *„**Warschau.**"*

Dr J. KOPERNICKI

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

jak dawniéj od **15 maja** ordynuje

W MARIENBADZIE

„Villa Trianon" od 7 do 8 z rana i od 3 do 6 po **południu.**

Dr. Wiktor Żelazowski

b. sekundaryjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie

ordynuje w sezonie tegorocznym począwszy od 1 Maja

W KARLSBADZIE.

Mieszka: Sprudelgasse — *„Wilde Taube."*

TRUSKAWIEC

Otwarcie sezonu d. 1 czerwca 1882.

Zakład ten położony o 8 kilometrów od najbliższéj stacyi kolei dniestrzańskiéj „Drohobycz-Truskawiec."

Posiada 15% **solankę** i silne **siarczane wody** do kąpiel; słonogorzkie rozwalniające i moczopędne zdroje do picia, borowinę żelazistą i szlam słono-siarkowy do kąpiel; aptekę, urząd pocztowy i telegraficzny.

Nowo zbudowane łazienki o 60 gabinetach, urządzone są z wszelką wytwornością, jak również nowo urządzona **wziewalnia** pary słonéj i wyciągu igliwija; leczenie elektryczne.

Nowe i wygodnie urządzone pomieszkania z usługą, kilka restauracyj i cukiernia, **nowy bilard, fortepian i kręgielnia**, dobra kapela i wiele nowo urządzonych ulepszeń.

Lekarz zdrojowy Dr. **Zygmunt Rieger**, radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania i powozy do stacyi kolejowéj **„Drohobycz"** lub **„Drohobycz-Truskawiec"** przyjmuje przy dołączeniu zadatku

Zarząd zdrojowy.

Chorzy posiadający świadectwo ubóstwa, potwierdzone przez c. k. Starostwo, korzystać będą mogli z uwolnienia od opłaty taksy i tańszych kąpieli, tylko w porze od 1 do końca czerwca i od 15 sierpnia do 15 września.

Dr ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełnem zaopatrzeniem jakoteż tylko doohodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.